



## DEMANDE AFIN DE VOYAGER AVEC UNE PERSONNE DE SOUTIEN

### SECTION A : Consentement du passager

(À compléter par le passager)

#### Renseignements du passager

Nom du passager : \_\_\_\_\_

Nom du représentant légal (si applicable) : \_\_\_\_\_

Numéro de réservation : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

#### Consentement du passager

Je comprends que mes renseignements personnels fournis dans cette demande seront utilisés pour le traitement de ma demande et ainsi faciliter mon transport. Je reconnais que ces renseignements demeureront confidentiels conformément à la Politique de renseignements personnels de VIA Rail. Dans le cas d'une limitation fonctionnelle permanente et sauf avis contraire de ma part, j'autorise VIA Rail à conserver ma demande pendant une période de cinq (5) de la date de signature de la présente demande et ce, afin d'utiliser ces informations pour tout autre voyage et demande de services. Ainsi, je n'aurai pas à soumettre de nouveaux documents pour chacun de mes voyages mais, je devrai soumettre un nouveau formulaire cinq (5) ans suivant la signature de la présente demande.

J'accepte de fournir un certificat médical à jour et ce, advenant tout changement de santé important et de respecter les termes de tout accommodement médical, incluant les exigences relatives à l'accompagnateur et les restrictions applicables aux compagnons de voyage. J'atteste que la personne de soutien pourra répondre à tous mes besoins spécifiques pendant mes voyages.

***J'AI LU ET COMPRIS les termes du présent consentement que j'ai signé volontairement.***

Signature : \_\_\_\_\_  
(Passager ou son représentant légal)

Date [JJ/MM/AAAA]: \_\_\_\_\_

**SECTION B : Certificat médical**  
**(À compléter par le médecin traitant ou professionnel de la santé autorisé)**  
**\*(psychiatre, psychologue ou infirmier (ère) praticien(ne))**

**NOTE IMPORTANTE À L'INTENTION DU MÉDECIN OU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AUTORISÉ**

Si votre patient a besoin d'aide **SEULEMENT** pour ses bagages et pour l'embarquement, ne remplissez pas ce certificat médical. VIA Rail offre déjà ces services gratuitement à toute personne ayant une déficience, et ce, sans certificat médical.

**Renseignements du médecin ou professionnel de la santé autorisé**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse de pratique : \_\_\_\_\_

Numéro de permis du médecin ou professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

**Limitations du patient**

J'atteste que mon patient dont le nom apparaît à la Section A, a besoin de voyager avec une personne de soutien pour assistance autre que pour l'aide avec ses bagages et l'embarquement.

Les limitations fonctionnelles de mon patient sont (*Veillez cocher l'une des cases ci-après*) :

Permanentes

Temporaires          Durée\* \_\_\_\_\_

*\*Dans le cas d'une limitation temporaire, le médecin traitant ou le professionnel de la santé autorisé doit dater et signer ce certificat médical au plus tard un an avant la date du voyage prévu avec VIA Rail.*

En signant ce certificat médical, je comprends que VIA Rail se fiera à ma déclaration ci-haut, afin que mon patient puisse être accompagné, pendant son ou ses voyages à bord de VIA Rail, par une personne de soutien. Par conséquent, j'atteste que tous les renseignements fournis sont complets, véridiques et exacts et que je suis autorisé, par mon ordre professionnel, à compléter ce certificat médical dans ma province et pays d'exercice.

\_\_\_\_\_  
*Signature du médecin traitant ou professionnel de la santé autorisé*

Titre : \_\_\_\_\_

Date [JJ/MM/AAAA] : \_\_\_\_\_